Aus der Dermatologischen Abteilung des Allerheiligen-Hospitals zu Breslau.
(Primärarzt: Dr. Kuznitzky.)

# Über Lichen ruber corymbiformis.

Auszug
aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

**Artur Leschinski,**
Volontärarzt.

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

**Breslau 1921.**
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Breslau.
Berichterstatter: Professor Dr. Jadassohn.

Fälle von Lichen ruber planus mit corymbiformer Anordnung der Knötchen sind in der Literatur, besonders in der französischen, vereinzelt beschrieben worden. Auch Jadassohn teilt einen typischen Fall mit. Der im Allerheiligen-Hospital beobachtete Fall zeigt das Prinzip der corymbiformen Anordnung an verschiedenen Stellen. Der zentrale Anteil der etwa pfenniggroßen Efloreszenzen besteht entweder aus dicht gedrängt stehenden Lichenknötchen oder aus narbig veränderter atrophischer Haut; an einer anderen Stelle wird das Zentrum von einer infiltrierten, mit Schuppen bedeckten, chagrinlederartigen Plaque gebildet; wieder an anderen Stellen ist die Mitte normale Haut. Um diese Zentren, aber stets von ihnen durch einen Hof unveränderter Haut getrennt, gruppieren sich zahlreiche, isolierte, spitze Knötchen mit Hornkegeln. Ein Exzisionspräparat ergibt das typische Bild des Lichen ruber planus.

Die Bedeutung der corymbiformen Anordnung beim Lichen ruber liegt weniger in der Möglichkeit der Verwechslung mit der Syphilis corymbiformis als in der Nahelegung ätiologischer Rückschlüsse. Die Ätiologie des Lichen ruber ist noch völlig ungeklärt; die neurotische und traumatische Hypothese können nicht als wahrscheinlich anerkannt werden. Mehr Gründe sprechen für die Infektionstheorie; zwar muß die Möglichkeit einer Ansteckung abgelehnt werden, und die mitunter beobachtete Häufung von Erkrankungen in einzelnen Familien ist wohl einer vererbten Disposition zuzuschreiben. Aber Allgemeinerscheinungen, wie Fieber, Schüttelfrost, Appetitlosigkeit, ferner Drüsenschwellungen, Milztumoren und Blutveränderungen — Symptome, wie sie mehr oder weniger häufig beim Auftreten des Lichen ruber beobachtet werden, — sprechen für die Infektionshypothese. Diese findet eine besondere Stütze in der zuweilen anzutreffenden annulären,

serpignösen, vor allem aber corymbiformen Anordnung, von denen die letztere, wahrscheinlich verursacht durch lokale Immunitätsvorgänge, eine parasitäre Entstehung zur Ursache haben muß.

Allerdings sind Effloreszenzen vom typischen Aussehen des Lichen ruber auch bei Affektionen beobachtet worden, die eine bekannte und wohl sicher nicht parasitäre Ätiologie haben. Hierher gehören vor allem die Schmieröldermatitiden, die sog. Kriegsmelanosen, die mit Ausbruch von Effloreszenzen einsetzen können, welche klinisch von Lichen ruber planus nicht zu unterscheiden sind. Daß auch das histologische Bild im Stiche lassen kann, zeigt ein Fall von Kriegsmelanose, dessen Anfangseffloreszenzen klinisch, auch der Lokalisation nach, von Lichen ruber planus nicht zu unterscheiden waren; das mikroskopische Bild zeigte etwa die gleichen Veränderungen, wie sie Pincus als typisch für beginnenden Lichen ruber planus beschreibt. Auch bei Arsenvergiftungen sind die gleichen Effloreszenzen beobachtet worden.

Da die Möglichkeit nahe liegt, daß auch andere unter der Diagnose Lichen ruber gehenden Fälle ähnliche, uns noch unbekannt gebliebene Ätiologien haben, so sind vielleicht die Lichen ruber-Knötchen nur als gemeinschaftliche Reaktionen auf verschiedene Noxen anzusehen. So lange uns daher zur Diagnose des Lichen ruber nur das klinische und histologische Bild zur Verfügung stehen, können wir heute den Lichen ruber noch nicht als ein ätiologisch und pathogenetisch einheitliches Krankheitsbild betrachten.

---